

令和5年度

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

京都府医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請いたします。

申請日【 年 月 日】

1. 京都府医師会入会状況	1. 会員 2. 非会員
2. 地区医師会名	医師会
3. 氏名	(フリガナ)
4. 医籍登録番号	
5. 生年月日	T S H 年 月 日生
6. 医療機関名	
7. 医療機関住所	〒 -
8. 医療機関電話・FAX番号	TEL () - FAX () -
9. 業務(会員)の種別	1. 開設者・管理者(A会員) 2. 勤務医(B1会員・B2会員) 3. 研修医(C会員) 4. その他()
10. 基本研修 修了申請時において認定期間内である日 医生涯教育認定証の有無(コピーを添付)	1. 有 2. 無
11. 応用研修 取得単位数 令和3年1月1日～令和5年12月31日に おいて10単位以上の取得が要件	_____単位(10単位以上)
12. 実地研修 実施数 令和3年1月1日～令和5年12月31日に おいて、特定項目2つ以上の実施が要件	_____ (2以上)